

# 診断書等申込書

依頼日: 年 月 日

- \* 書類完成まで、2週間ほどかかります。
- \* ご本人様(ご家族様)以外の方が申し込む場合は、お申込み時に「委任状」が必要になります。

【太枠の中をご記入後、受付窓口でお申込みください】

ID			
フリガナ 名前		男 女	生年月日 年 月 日
申込者	本人・本人以外(氏名: 続柄 )		
	携帯電話など日中の連絡先:		
受診科	内科・外科・整形外科・腎臓内科・神経内科・眼科・その他( )		
証明期間	①	年 月 日	~ 年 月 日
	②	年 月 日	~ 年 月 日
備考欄			

- \* 郵送の場合は書類申込時に別途郵送料をいただきます。
- \* 書類は重要なものなので、できる限り来院をお願いいたします。

<input type="checkbox"/> 郵送希望あり(レターパックライト+ ¥430)
宛先 〒 _____
宛名 _____

領収印

【文書料】                      ¥                      —

# 郵送依頼書

【( )に郵送をご希望された理由をお書きください。】

( )のため郵送を希望します。

郵送先 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
都道 府県	市 郡 区
受取人氏名	電話番号 ( )

- \* 郵送の場合は書類申込み時に会計を頂きます。
- \* 書類は重要なものですので、できるだけ来院してお受け取り下さい。

【文書料】  ¥ _____	領収印

《 当院書式・任意保険入院証明書提出先 》				
・職場	・郵便局	・農協	・朝日	・三井
・警察	・ニッセイ	・第一	・アメリカンファミリー	・明治
・職安	・共済	・AIG	・ソニー	・その他( )

(記入例)

# 診断書等申込書

依頼日: 2025年 4月 1日

- \* 書類完成まで、2週間ほどかかります。
- \* ご本人様(ご家族様)以外の方が申し込む場合は、お申込み時に「委任状」が必要になります。

【太枠の中をご記入後、受付窓口でお申込みください】

ID			
フリガナ 名前	ニッセキ タロウ 日赤 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男 女	生年月日 平成4年 12月 1日
申込者	<input checked="" type="radio"/> 本人・本人以外(氏名: 続柄 )		
	携帯電話など日中の連絡先: 090-0000-0000		
受診科	<input checked="" type="radio"/> 内科 外科・整形外科・腎臓内科・神経内科・眼科・その他( )		
証明期間	①	〇〇年 △月 ×日 ~ 〇〇年 △月 ×日	
	②	年 月 日 ~ 年 月 日	
備考欄			

- \* 郵送の場合は書類申込時に別途郵送代をいただきます。
- \* 書類は重要なものなので、できる限り来院をお願いいたします。

※郵送希望の場合は、下記の太枠内の郵送希望ありに、宛先、宛名を記入してください。  
※郵送は原則、レターパックでの送付となり別途料金(430円)がかかります。

郵送希望あり(レターパックライト+¥430)

宛先 〒 377-0882

群馬県吾妻郡東吾妻町大字原町698

宛名 日赤 太郎

領収印

【文書料】

¥

—

原町赤十字病院